

## Paquete de Solicitud de Dispensa de Cuota del Programa de Reclamaciones del Gobierno

Junta de Reclamaciones de Compensación y del Gobierno de Víctimas de California  
P.O. Box 3035  
Sacramento, CA 94812-3035

1-800-955-0045 ■ [www.governmentclaims.ca.gov](http://www.governmentclaims.ca.gov)



## Información e Instrucciones

### *Cuota de presentación de reclamaciones del Programa de Gobierno*

A partir del 17 de agosto de 2004, cualquier persona que desee presentar una reclamación por dinero o daños contra el estado debe pagar una cuota de \$25 dólares a menos que la persona califique para una exención de pago de cuota. (Código de Gobierno, § 905.2(b).)

**Para solicitar una dispensa de la cuota, usted tiene que llenar la Declaración Jurada adjunta del Formulario de Renuncia de la Cuota e Información Financiera de Reclamaciones Contra el Gobierno**

**Paso** *Instrucciones para rellenar cada uno de los pasos del formulario adjunto. El formulario comienza en la página 3 de este paquete.*

- 1** En el formulario adjunto, proporcione el nombre completo de la persona que solicita la dispensa de la cuota.
- 2** Proporcione un número de teléfono de día.
- 3** Si ya tiene un número de reclamación y usted sabe cuál es, escríbalo en este espacio.
- 4** Proporcione información de contacto completa de su empleador y el empleador de su cónyuge, si procede.
- 5** Si usted es un recluso en un centro penitenciario, por favor adjunte una copia certificada del saldo de la cuenta de fideicomiso, proporcione su Número de Identificación Interno, y pase a los pasos [23] y [24] y complete estos.
- 6** Complete esta sección si usted está recibiendo asistencia financiera en virtud del Ingreso Suplementario del Seguro (SSI), Programas Estatales de Pagos Adicionales (SSPP), CalWORKs, estampillas de comida, ayuda del condado, ayuda general (GR) o asistencia general (GA).  
Si usted contestó **sí** en esta categoría marque todos los tipos de ayuda que usted recibe, luego complete el paso [24]. Ha terminado.  
Si marcó **no**, continúe al paso [7].
- 7** Encuentre el número de personas en su hogar y marque la casilla sólo si su ingreso familiar mensual total es inferior a la cantidad indicada. Por ejemplo, si hay cinco personas en su hogar y el total mensual de los ingresos del hogar es menos de \$ 2,294.79 o menos marque E. Si hay más de 8 personas en su hogar, calcule el límite de ingresos mediante la adición de \$331.25 por cada persona adicional al nivel para un hogar de ocho personas. Liste el número de personas en su hogar y el total de los ingresos del hogar en la parte I.  
**Si marcó cualquier casilla en este paso, complete los pasos [9] a [15] luego, vaya al paso [24].**
- 8** Si no puede pagar por los artículos comunes necesarios para la vida cotidiana, tales como alimentos, vivienda, atención médica y seguridad personal para usted y los miembros de su hogar, marque **sí** en esta categoría.

Si marca **sí** en esta pregunta, llene los pasos [9] a [24].

**9** ¿Cuál es su sueldo mensual bruto, antes de cualquier deducción de nómina?

**10** Si sus ingresos cambian cada mes, los importes que reporte deberían ser un promedio de los últimos doce meses.

**11** Escriba el número de personas que viven en su hogar que dependen de usted en total o parcialmente, o en los que usted depende en su totalidad o parcialmente para el apoyo de usted. Liste el nombre, edad, relación o parentesco con usted, y todos ingresos mensuales de ellos **A** hasta **F**.

**12** Liste todo otro dinero que recibe cada mes. Especifique la fuente y el importe. Incluya pensión alimenticia de cónyuge, manutención de hijos, apoyo de padres, apoyo fuera de casa, becas, pensiones o jubilación, seguro social, discapacidad, compensación de trabajadores, desempleo, subsidio militar básico de vivienda (BAQ), pagos de veteranos, dividendos, intereses o regalías, ingresos de fideicomiso, anualidades, renta neta de empresas, ingresos netos de alquiler, reembolso de gastos relacionados con el trabajo, y ganancias netas de juegos de azar o lotería.

**13** Sume **[12] A** hasta **F** para encontrar el **total de otros ingresos** cada mes.

**14** Sume **[9]** (sus ingresos brutos mensuales) más **[13]** (el total de otros ingresos) para encontrar el **total de sus ingresos mensuales**.

**15** Sume **[9]** Añadir (sus ingresos brutos mensuales) más **[11]** , **A** hasta **F** (los ingresos de otros miembros de la familia) y **[13]** (su total de otros ingresos) para encontrar el **total bruto mensual de los ingresos del hogar**.

**16** Liste todas sus deducciones de nómina. Las deducciones de nómina incluyen artículos como impuestos estatales y federales, seguro social (FICA), Medicare, seguro de salud y aportes de jubilación

**17** Sume **[16] A** hasta **H** para determinar el **total mensual de deducciones de nómina**.

**18** Reste **[17]** (total de deducciones de nómina) de **[9]** (pago mensual bruto) para encontrar su **pago que lleva a casa**.

**19** Sume **[18]** (su pago que lleva a casa) a **[13]** (el total de otros ingresos) para encontrar su **ingreso mensual neto**.

**20** Liste todos los bienes que posee o en los que tiene un interés. Si tiene otros bienes personales tales como joyas, muebles, pieles, acciones, o bonos, lístelos por separado en otra hoja de papel.

**21** Liste todos sus gastos mensuales. Utilice hojas adicionales si es necesario. En **J** especifique cuáles son sus pagos mensuales, tales como tarjeta de crédito o préstamo bancario. En **K** especifique cuáles son los embargos de salario, retención de ingresos, o embargos.

**22** Sume **[21] A** hasta **M** para determinar sus **gastos mensuales**.

**23** Si usted responde sí a esta pregunta, asegúrese de que su nombre o su número de reclamación esté que en cada hoja adjunta.

**24** Firme y feche el formulario en este espacio.

Envíe este formulario a: Government Claims Program, P.O. Box 3035, Sacramento, CA, 95812-3035. Los formularios también se pueden entregar en Victim Compensation and Government Claims Board, 400 R Street, Piso 5. Sacramento. Llame al Programa de Reclamaciones del Gobierno al 1-800-955-0045 si tiene cualquier pregunta

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA DISPENSA DE CUOTA DE RECLAMACIONES DEL GOBIERNO E INFORMACIÓN FINANCIERA**  
*(Solicitud para permiso de proceder en forma de pobre)*

Junta de Reclamaciones de Compensación y del Gobierno de Víctimas de California  
 P.O. Box 3035  
 Sacramento, CA 94812-3035

1-800-955-0045 ■ www.governmentclaims.ca.gov

Estado de California

Para uso de la oficina solamente  
 Reclamación No.:

**Pido una dispensa de la cuota para no tener que pagar los \$25 para presentar una reclamación ante la Junta de Reclamaciones de Compensación para Víctimas y del Gobierno. No puedo pagar ninguna parte de la cuota.**

**Información del reclamante**

<b>1</b>	Apellido	<b>2</b>	Inicial	Tel:
----------	----------	----------	---------	------

<b>3</b>	Número de Reclamación (si lo sabe)
----------	------------------------------------

**Información de Empleo**

<b>4</b>	Mi ocupación:
	Mi Empleador:

Dirección del Correo del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------------------------	--------	--------	---------------

El empleador de mi cónyuge o pareja:
--------------------------------------

Dirección del Correo del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------------------------	--------	--------	---------------

<b>5</b>	Si usted es un recluso en un centro penitenciario, por favor adjunte una copia certificada de su saldo de la cuenta de fideicomiso, escriba su número de identificación de interno abajo y vaya al paso [23].
----------	---

Número de Identificación de Recluso:
--------------------------------------

**Información financiera**

<b>6</b>	Estoy recibiendo ayuda financiera de uno o más de los siguientes programas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------	---

Si no, continúe con el paso [7]. Si la respuesta es sí, marque todos los que apliquen, a continuación vaya al paso [24].

<input type="checkbox"/> SSI y SSP: Ingreso Suplementario del Seguro y Programas de Pagos Adicionales del Estado
--

<input type="checkbox"/> CalWORKS: Ley de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los niños de California
--

<input type="checkbox"/> Cupones de Comida
--

<input type="checkbox"/> Socorro del Condado, Ayuda General (GR), o Asistencia General (GA)
---

<b>7</b>	Número en mi hogar y los ingresos brutos mensuales del hogar, si es la siguiente cantidad o menos:
----------	--

	Número	Ingresos mensuales de la familia	Número	Ingresos mensuales de la familia	
<b>A</b>	<input type="checkbox"/> 1	\$969.79	<b>F</b>	<input type="checkbox"/> 6	\$2,626.04
<b>B</b>	<input type="checkbox"/> 2	\$1,301.04	<b>G</b>	<input type="checkbox"/> 7	\$2,957.29
<b>C</b>	<input type="checkbox"/> 3	\$1,632.29	<b>H</b>	<input type="checkbox"/> 8	\$3,288.54
<b>D</b>	<input type="checkbox"/> 4	\$1,963.54	<b>I</b>	<input type="checkbox"/>	Hay más de 8 personas en mi familia
<b>E</b>	<input type="checkbox"/> 5	\$2,294.79			Sume \$331.25 por cada persona adicional.

Número:	Ingresos Totales:
---------	-------------------

Si marcó una casilla en el paso [7] A hasta I, complete los pasos [9] hasta [15]. Luego vaya al paso [24].

<b>8</b>	Mis ingresos no son suficientes para pagar las necesidades comunes de la vida para mí y para las personas en mi familia, y también para pagar la cuota de presentación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------	---

Si es que sí, llene los pasos [9] hasta [24].

### Ingresos y Gastos Mensuales

<b>9</b>	Mi pago mensual bruto es:	\$		<b>10</b>	Mis ingresos cambian cada mes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>11</b>	Número de personas que viven en mi casa:			<b>12</b>	Otro dinero que obtengo cada mes		
	Nombre:	Edad	Parentesco	Ingresos Mensuales	Fuente:		
<b>A</b>				\$	<b>A</b>		\$
<b>B</b>				\$	<b>B</b>		\$
<b>C</b>				\$	<b>C</b>		\$
<b>D</b>				\$	<b>D</b>		\$
<b>E</b>				\$	<b>E</b>		\$
<b>F</b>				\$	<b>F</b>		\$
<b>15</b>	Los ingresos mensuales brutos de mi hogar son			\$	0.00	<b>13</b>	Total otro dinero: \$ 0.00
<b>16</b>	Las deducciones totales de mi nómina son:					<b>14</b>	Mis ingresos por mes: \$ 0.00
<b>A</b>		\$		<b>E</b>		\$	
<b>B</b>		\$		<b>F</b>		\$	
<b>C</b>		\$		<b>G</b>		\$	
<b>D</b>		\$		<b>H</b>		\$	
				<b>17</b>	El total de deducciones de mi nómina es:		\$ 0.00
<b>18</b>	El pago que llevo a casa al mes es:			\$	0.00	<b>19</b>	Mis ingresos mensuales netos son: \$ 0.00
<b>20</b>	Poseo o tengo interés en la siguiente propiedad:						
<b>A</b>	Efectivo	\$		<b>C</b>	Autos, otros vehículos, y botes (Liste modelo y año)		
<b>B</b>	Cheques y ahorros (liste los bancos):				Propiedad	Valor	Balance de préstamo
	1)	\$		1)		\$	\$
	2)	\$		2)		\$	\$
	3)	\$		3)		\$	\$
	4)	\$		<b>D</b>	Bienes inmuebles (Liste direcciones)		
				1)		\$	\$
				2)		\$	\$
<b>21</b>	Mis gastos mensuales son:						
<b>A</b>	Alquiler o pago de casa	\$		<b>J</b>	Pagos a plazos (especifique		
<b>B</b>	Comida y abastecimientos de casa	\$		1)		\$	
<b>C</b>	Servicios públicos y teléfono	\$		2)		\$	
<b>D</b>	Ropa	\$		3)		\$	
<b>E</b>	Lavandería y tintorería	\$		Total pagos a plazos:			\$ 0.00
<b>F</b>	Médico y dental	\$		<b>K</b>	Embargos de nómina y retenciones		
<b>G</b>	Seguro	\$		<b>L</b>	Mantenimiento de cónyuge e hijos		
<b>H</b>	Escuela, cuidado de niños	\$		<b>M</b>	Otros:		
<b>I</b>	Transporte y gastos de auto	\$		1)		\$	
				2)		\$	
				Total otros gastos:			\$ 0.00
<b>22</b>				Total gastos mensuales			\$ 0.00
<b>23</b>	He anexado otra información que apoya esta solicitud en una hoja por separado. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

### Sección para Firma

**24** declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información en este formulario y todos los anexos son verdaderos y correctos.

--	--

Firma del Reclamante

Fecha